

SU NOMBRE				SU NÚMERO DE SEGURO SOCIAL				CHECK DIGIT	
UCT 770	BYE	PROCESS DATE	LWP	BALANCE	WBA	EXT	BATCH	PR	

State of Washington – Employment Security Department
FORMULARIO PARA RECLAMOS POR DESEMPLEO

Por favor anote arriba su nombre y su número de seguro social con letra de molde. No podemos procesar su reclamo sin ello.

Si hay algún cambio en su nombre, domicilio o en su # de teléfono desde la última vez en que se comunicó con esta oficina, haga las correcciones ahí.

OFFICE USE ONLY

ADDR CHANGE? _____ IPR? _____ OUT-OF-AREA? _____ LATE? _____

IMPORTANTE: Si su nombre, domicilio o número de teléfono no están bien, haga las correcciones aquí.

Nombre _____

Dirección _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Zip _____

Teléfono. Area Code () _____

CONTESTE A TODAS LAS SIGUIENTES PREGUNTAS	Estoy registrando un reclamo de beneficios por desempleo por las semana(s) que termina(n) el sábado a medianoche. LAS FECHAS SON:	PRIMERA SEMANA		SEGUNDA SEMANA	
		SI	NO	SI	NO
1. ¿Estaba usted físicamente capacitado y disponible para trabajar cada día? (Si contestó NO, vea la sección "A" de abajo.)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Buscó usted trabajo activamente durante cada semana como se le indicó? (Si contestó NO, vea la sección "A" de abajo.)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Rechazó algún ofrecimiento de trabajo o falló al no acudir a una cita para entrevista de trabajo? (Si contestó SI, vea la sección "A" de abajo.)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿Solicitó usted o está recibiendo beneficios por compensación a víctimas del crimen o por compensación al trabajador?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ¿Solicitó una pensión o tuvo un cambio en su pensión? (Si contestó SI, vea la sección "B" de abajo.)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ¿Recibió pago por días de fiesta? (Si contestó SI, indique la cantidad antes de deducciones y vea la sección "C" de abajo.)		<input type="checkbox"/>	\$ _____	<input type="checkbox"/>	\$ _____
7. ¿Recibió pago por vacaciones? (Si contestó SI, indique la cantidad antes de deducciones y vea la sección "D" de abajo.)		<input type="checkbox"/>	\$ _____	<input type="checkbox"/>	\$ _____
8. ¿Recibió pago en vez de aviso o como indemnización por la terminación del trabajo? (Si contestó SI, ponga la cantidad antes de las deducciones y vea la sección "E" de abajo.)		<input type="checkbox"/>	\$ _____	<input type="checkbox"/>	\$ _____
9. ¿Trabajó? (Si contestó SI, vea la sección "F" de abajo.)		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	

- A** Si usted contestó "NO" a las preguntas 1 ó 2, o "SI" a la pregunta 3, por favor explique el porqué. DE detalles. (¿Estaba usted enfermo, de vacaciones, volvió al trabajo, estaba el trabajo muy lejos?) DE FECHAS EXACTAS. Explique DONDE (por ejemplo: ubicación del lugar del trabajo o de la escuela); Diga QUIEN (nombre de la persona que lo entrevistó, nombre del doctor o el nombre de la escuela). Si usted tiene otra información que usted piensa que es importante, por favor explique o incluya la documentación. (Si necesita mas espacio escriba atrás de este formulario.)
Explicación: _____
- B** Si usted contestó "SI" a la pregunta 5, por favor dé la siguiente información acerca de su pensión.
¿Origen de la pensión? _____; ¿Es una pensión nueva o es un cambio en una pensión existente?
Cantidad nueva o con el cambio mensual antes de deducciones \$ _____; A partir de qué fecha tiene la pensión nueva o el cambio _____
- C** Si usted contestó "SI" a la pregunta 6, revise que haya indicado el pago en bruto antes de deducciones de los días de fiesta. ¿Cuáles fueron los días de fiesta que le pagaron? _____
¿Origen del pago? _____; ¿Horas que le pagaron? _____
- D** Si usted contestó "SI" a la pregunta 7, indique la cantidad de pago en bruto antes de deducciones. El pago por vacaciones fue: pago total por vacaciones ganadas anteriormente o por días específicos (¿Si fueron por días específicos, en que fechas y cuántas horas? _____); ¿Origen de pago? _____
- E** Si usted contestó "SI" a la pregunta número 8, revise que haya puesto la cantidad de pago en bruto antes de deducciones. ¿Tipo de pago? _____; ¿Para qué fechas? _____
¿Razón del pago? _____; ¿Origen de pago? _____
- F** Si usted contestó "SI" a la pregunta número 9, por favor de información sobre las HORAS Y LO QUE GANÓ por cada empleador con quien trabajó.
1. Nombre de Empleador: _____ Dirección: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Zip: _____ Clase de Trabajo: _____

NÚMERO DE HORAS QUE TRABAJÓ CADA DÍA

PRIMERA SEMANA								Total de Horas	Salario Antes de las Deducciones
Dom	Lun	Mar	Mie	Jue	Vie	Sab			

SEGUNDA SEMANA								Total de Horas	Salario Antes de las Deducciones
Dom	Lun	Mar	Mie	Jue	Vie	Sab			

- Si NO está programado para trabajar después de la semanas reclamadas, indique la razón:
- 1 Renuncia; 2 Despido;
5 Falta de Trabajo
9 Falta de Trabajo – Horas Reducidas;
 Otra _____

2. Nombre de Patrón: _____ Dirección: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Zip: _____ Clase de Trabajo: _____

NÚMERO DE HORAS QUE TRABAJÓ CADA DÍA

PRIMERA SEMANA								Total de Horas	Salario Antes de las Deducciones
Dom	Lun	Mar	Mie	Jue	Vie	Sab			

SEGUNDA SEMANA								Total de Horas	Salario Antes de las Deducciones
Dom	Lun	Mar	Mie	Jue	Vie	Sab			

- Si NO está programado para trabajar después de la semanas reclamadas, indique la razón:
- 1 Renuncia; 2 Despido;
5 Falta de Trabajo
9 Falta de Trabajo – Horas Reducidas;
 Otra _____

- FAVOR DE LEER LA CERTIFICACIÓN DE DECLARACIÓN Y FIRME AQUÍ ANTES DE SOMETER SU FORMULARIO PARA RECLAMO -

Yo certifico que toda la información que di en este formulario es información correcta.
Yo sé que la ley impone castigos por dar información falsa en este reclamo.



Firma de Reclamante

EMS 5325 (Rev. 03-02)